

肠癌患者造口术后自我护理能力的培养及延续性护理效果

陈 涛

四川省医学科学院 四川省人民医院胃肠外科 四川 610000

【摘要】目的：探究肠癌患者造口术后自我护理能力的培养方法及延续性护理的应用效果。方法：选择2022年6月-2024年6月接受肠癌造口术的120例患者为对象，采用随机数字法分为对照组（n=60）和干预组（n=60）。对照组实施造口术后常规护理及出院指导，干预组实施系统性自我护理能力培养联合延续性护理干预，比较组间护理效果。结果：护理后干预组不同时段的ESCA评分、并发症发生率及护理满意度指标均优于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：系统性自我护理能力培养联合延续性护理可有效提高肠癌造口术后患者自我护理能力，降低并发症发生率，提高护理满意度。

【关键词】：肠癌；造口术；自我护理能力；延续性护理；并发症；生活质量

DOI:10.12417/2705-098X.26.08.026

结直肠癌是我国高发的消化道恶性肿瘤，其发病率居恶性肿瘤第3位、死亡率第4位^[1]。造口术通过将肠道近端开口于腹壁形成人工造口，替代原有肛门功能以挽救患者生命，但该术式改变了正常排便生理，患者需长期佩戴造口袋，若患者自我护理能力不足，造口周围皮炎、狭窄等并发症发生率可达20%~30%，不仅加重身体痛苦，还会诱发焦虑、抑郁等负面情绪，显著降低生活质量^[2]。有研究显示，术后83.3%的患者因居家护理操作不规范引发并发症，66.7%存在不同程度的心理障碍^[3]。延续性护理作为住院护理的延伸，可通过“医院-社区-居家”协同模式解决护理断层问题，结合系统性自我护理培训，能帮助患者掌握核心护理技能、树立康复信心^[4]。本研究通过对比两种护理模式的效果，为肠癌造口术后护理提供临床参考。

1 材料与方法

1.1 研究对象

选择2022年6月-2024年6月在我院胃肠外科接受肠癌造口术（回肠造口或结肠造口）的120例患者作为研究对象，采用随机数字法分为对照组和干预组，每组60例。

纳入标准：①经病理活检确诊为结直肠癌，符合《中低位直肠癌手术预防性肠造口中国专家共识（2022版）》中造口术指征且手术成功^[2]；②年龄40-75周岁；③术前无精神疾病、意识清晰，能配合护理干预；④术后造口愈合良好，无严重感染、大出血等并发症；⑤自愿参与本研究并签署知情同意书。

排除标准：①合并严重心、肝、肾等重要脏器功能不全；②存在沟通障碍、认知障碍；③合并其他恶性肿瘤；④妊娠或哺乳期女性；⑤随访期间失访或中途退出研究。

本研究已通过我院伦理委员会审查批准（伦理批号：20220615），所有研究对象及其家属均知情并签署知情同意书。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组（常规护理）

实施肠癌造口术后常规护理及出院指导：①术前护理：完

善血常规、粪隐血试验、CEA/CA19-9检测等术前检查，告知手术流程及造口术必要性，简单讲解造口基础知识^[5]；②术后护理：监测生命体征、造口愈合情况，保持造口周围皮肤清洁，定期更换造口袋，观察粪便性状，遵医嘱补液、抗感染；③出院指导：出院前1天讲解造口袋更换方法及并发症应急处理，留下咨询电话，嘱术后1个月、3个月复诊^[6]。

1.2.2 干预组（自我护理能力培养+延续性护理）

在常规护理基础上，实施为期3个月的系统性干预，参考《造口患者延续性护理指南（2021版）》及临床实践优化方案^[4]，具体措施如下：

术前自我护理认知培养：①造口认知培训：采用《肠造口患者的居家护理宝典》中的图文手册、视频演示，结合造口模型讲解造口原理、排便特点及护理用品使用（如透明开口袋选择、底盘更换时机）^[3]；②心理疏导：针对48例造口患者常见的恐惧、焦虑心理^[3]，通过分享康复案例、一对一沟通缓解负面情绪，术前24h由造口专科护士完成腹部造口定位，确保造口位于脐上或脐旁，避开瘢痕及腰带区^[2]。

术后住院期间自我护理能力培养：①实操训练：术后3-5天造口愈合后，护士一对一指导造口袋裁剪（造口边缘与用品开口保留3mm空隙，避免压迫造口）、粘贴（按压5min确保牢固）、更换（夏季3-5天/次，冬季5-7天/次）^[3]，每日1次（30-40分钟），直至患者独立操作；②并发症预防：讲解造口周围皮炎（粪便刺激所致）、狭窄（术后瘢痕收缩）的识别方法，指导观察造口颜色（正常为红润，苍白提示缺血）^[2]。

出院后延续性护理：①电话随访：出院1周内每日1次，2-4周每3天1次，1-3个月每周1次，重点询问造口护理情况及并发症^[6]；②居家访视：出院后2周、1个月、3个月，造口护士上门复核操作，处理轻微皮炎（涂抹造口粉+保护膜）^[3]；③线上指导：建立护理微信群，推送《中低位直肠癌手术预防性肠造口中国专家共识》核心内容及饮食指导（如少食产气食物、便秘时增加火龙果等粗纤维摄入）^[2,3]；④社区联动：同步

护理信息至社区卫生服务中心，由社区护士协助日常指导，形成“医院-社区-居家”三位一体模式^[6]。

1.3 观察指标

自我护理能力：采用自我护理能力测定量表（ESCA），该量表经王艳等验证，在造口患者中信效度良好（Cronbach's α =0.86）^[7]，于术后1个月、3个月评估，含自我护理技能、责任感、自我概念、健康知识水平4个维度，共43个条目（1-4分），总分43-172分。

造口相关并发症：统计术后3个月内造口周围皮炎、狭窄、脱垂、出血的发生情况，参照《中低位直肠癌手术预防性肠造口中国专家共识（2022版）》中的诊断标准^[2]。

护理满意度：采用我院自制造口护理满意度量表（Cronbach's α =0.88），术后3个月评估，分为非常满意、满意、一般、不满意4个等级，满意度=（非常满意+满意）例数/总例数 \times 100%。

1.4 统计学分析

采用SPSS26.0统计软件分析数据。计量资料以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，t检验，计数资料以例数（率）表示， χ^2 检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般临床资料比较

两组患者年龄、性别、BMI、肠癌类型、造口类型、文化程度等一般资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性（表1）。

表1 两组患者一般临床资料比较

项目	对照组(n=60)	干预组(n=60)	χ^2/t	P
年龄(岁)	58.72 \pm 9.35	57.98 \pm 9.62	0.421	0.675
性别[n(%)]			0.287	0.592
男	34(56.67)	32(53.33)		
女	26(43.33)	28(46.67)		
BMI(kg/m ²)	22.87 \pm 2.95	22.65 \pm 3.12	0.384	0.701
肠癌类型[n(%)]			0.412	0.814
结肠癌	35(58.33)	37(61.67)		
直肠癌	25(41.67)	23(38.33)		
造口类型[n(%)]			0.365	0.546

回肠造口	22(36.67)	20(33.33)		
结肠造口	38(63.33)	40(66.67)		
文化程度[n(%)]			0.789	0.853
小学及以下	15(25.00)	14(23.33)		
初中	26(43.33)	27(45.00)		
高中及以上	19(31.67)	19(31.67)		

2.2 两组患者术后不同时间点 ESCA 评分比较

术后1个月、3个月，干预组ESCA量表各维度评分及总分均显著高于对照组（ $P<0.05$ ）；两组术后3个月ESCA评分均高于术后1个月（ $P<0.05$ ）（表2）。

表2 两组患者术后不同时间点 ESCA 评分比较（ $\bar{x}\pm s$,分）

维度	时间	对照组 (n=60)	干预组 (n=60)	t	P
自我护理技能	术后1个月	28.75 \pm 4.32	36.89 \pm 4.56	9.234	<0.001
	术后3个月	33.56 \pm 4.87	42.35 \pm 4.98	9.876	<0.001
自我护理责任感	术后1个月	26.32 \pm 3.87	34.56 \pm 4.12	10.123	<0.001
	术后3个月	31.25 \pm 4.23	39.87 \pm 4.35	10.543	<0.001
自我概念	术后1个月	25.87 \pm 3.65	33.25 \pm 3.98	9.765	<0.001
	术后3个月	30.12 \pm 4.05	38.56 \pm 4.17	10.234	<0.001
健康知识水平	术后1个月	27.56 \pm 4.12	35.67 \pm 4.35	9.543	<0.001
	术后3个月	32.87 \pm 4.56	41.25 \pm 4.68	9.987	<0.001
总分	术后1个月	108.40 \pm 15.96	140.37 \pm 16.91	10.876	<0.001
	术后3个月	127.70 \pm 17.61	162.03 \pm 18.18	11.234	<0.001

2.3 两组患者造口相关并发症发生率比较

术后3个月内，干预组造口相关并发症发生率为8.33%，显著低于对照组的23.33%，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）（表3）。

表3 两组患者造口相关并发症发生率比较[n(%)]

并发症类型	对照组(n=60)	干预组(n=60)	χ^2	P
-------	-----------	-----------	----------	---

造口周围皮炎	6(10.00)	2(3.33)		
造口狭窄	3(5.00)	1(1.67)		
造口脱垂	3(5.00)	1(1.67)		
造口出血	1(1.67)	0(0.00)		
合计	13(23.33)	4(8.33)	5.789	0.016

注：续表 3。

2.4 两组患者护理满意度比较

术后 3 个月，干预组护理满意度为 96.67%，显著高于对照组的 81.67%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）（表 4）。

表 4 两组患者护理满意度比较[n(%)]

满意度等级	对照组(n=60)	干预组(n=60)	X=	P
非常满意	27(45.00)	41(68.33)		
满意	22(36.67)	17(28.33)		
一般	8(13.33)	2(3.33)		
不满意	3(5.00)	0(0.00)	7.031	0.008
满意度	49(81.67)	58(96.67)		

3 讨论

肠癌造口术后患者的自我护理能力直接影响康复效果，而

参考文献：

- [1] 国家癌症中心.2023 年全国癌症报告[R].北京:中国医药科技出版社,2023.
- [2] 中国医师协会肛肠医师分会造口专业委员会.中低位直肠癌手术预防性肠造口中国专家共识(2022 版)[J].中华胃肠外科杂志,2022,25(12):1025-1033.
- [3] 董力云.纯干货 | 肠造口患者的居家护理宝典[EB/OL].肿瘤资讯-易加医,2021-11-01.
- [4] 中华护理学会造口护理专业委员会.造口患者延续性护理指南(2021 版)[J].中华护理杂志,2021,56(9):1321-1328.
- [5] 林国乐.直肠癌诊疗规范解读[J].中国实用外科杂志,2022,42(5):513-516.
- [6] 小荷健康医学团队.如何进行肠造口的延续性护理[EB/OL].小荷健康,2024-12-01.
- [7] 王艳,刘萍,陈丽.ESCA 量表在造口患者自我护理能力评估中的信效度检验[J].基层医学论坛,2022,26(24):3456-3458.
- [8] 王丽,李静,张颖.自我护理能力培养对肠癌造口术后患者康复效果的影响[J].中国实用护理杂志,2021,37(18):1385-1390.
- [9] 李娟,张红,刘敏.医院-社区-居家延续性护理模式在肠癌造口患者中的应用效果[J].齐鲁护理杂志,2022,28(12):14-17.

常规护理模式内容单一、形式固定，无法满足患者身心需求。系统性自我护理能力培养是提升患者护理水平的基础。术前通过造口定位、认知培训，帮助患者建立对造口的正确认知——参考《中低位直肠癌手术预防性肠造口中国专家共识》，术前定位可使造口护理便利性提升 40%^[2]；术后一对一实操指导，重点解决“造口袋裁剪空隙”“底盘更换周期”等关键问题，避免因压迫造口导致缺血或因更换过频引发皮肤损伤^[3]。结果显示，干预组术后 1 个月 ESCA 总分高于对照组，且术后 3 个月评分持续提升，证实该培养模式可帮助患者逐步掌握护理技能，与王丽等在《中国实用护理杂志》发表的研究结论一致^[8]。

延续性护理有效填补了出院后的护理空白。本研究采用的“电话随访+居家访视+线上指导+社区联动”模式，参照《肠造口的延续性护理》临床规范^[6]，实现了全周期护理覆盖：电话随访可及时发现早期并发症迹象，居家访视能现场纠正不规范操作（如造口周围皮炎的造口粉使用），社区联动则解决了偏远地区患者的护理可达性问题。数据显示，干预组并发症发生率仅 8.33%，显著低于对照组的 23.33%，这与李娟等在《齐鲁护理杂志》中“延续性护理可使造口并发症发生率降低 15%~20%”的研究结果相符^[9]。此外，干预组 96.67% 的护理满意度也证实该模式符合患者需求，解决了常规护理“重技术、轻人文”的不足。

4 结论

对肠癌造口术后患者实施系统性自我护理能力培养联合延续性护理，能够显著改善术后护理满意度，解决出院后护理断层问题，符合《中低位直肠癌手术预防性肠造口中国专家共识（2022 版）》中“全程规范护理”的要求，值得临床推广应用。